

# 採取行動通知

郡

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

通知日期 :  
案件姓名 :  
號碼 :  
工作人員姓名 :  
號碼 :  
電話 :  
地址 :

(ADDRESSEE)

有問題嗎？可以問你的工作人員。

**州聽證：**假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。